

El suicidio; alegoría de un problema grave de salud pública en México

Jesús Carrillo Ibarra

Facultad de Medicina U.S. Universidad Autónoma de Coahuila.

RESUMEN

El suicidio es un problema grave de salud pública en México. Al cual no se le ha dado la importancia apropiada, el número de suicidios sigue en ascenso en lo particular en cada Estado y en lo general en la República Mexicana.

Se requiere de acciones inmediatas y efectivas para la urgente prevención de conductas suicidas y generar una cultura de PREVENCIÓN antisuicidas que involucre a la familia en lo particular y a la Sociedad en lo general.

Palabras clave: Suicidio, alegoría, contexto suicida, lenguaje suicida, escala de Diógenes.

ABSTRACT

Suicide is a serious public health in México. To which it was not given the appropriate importance, the numbers of suicides continues to rise, both in the particular each state and in general Mexican Republic.

Immediate and effective actions are required for the urgent prevention of suicidal behavior and to generate a culture of suicidal prevention that involves the family in the particular and society in general.

Keywords: *Suicide, allegory, suicidal context, suicidal language, Diogenes scale.*

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su documento informativo fechado el 31 de enero de 2018, señala de forma enfática el hecho de que cada 40 segundos se suicida una persona en el mundo; esto indica una tasa global superior al 16% por 100,000 habitantes, entre otras cosas, su documento menciona que en las últimas cuatro décadas hay un aumento "global" del 60% en la frecuencia del mismo, además de ser considerado la tercera causa de muerte en las personas de 15 a 44 años y la segunda en aquéllas cuya edad está comprendida entre 15 y 24 años.¹

Es un problema complejo, multifactorial, de vertientes difíciles de abordar, incluyendo atributos religiosos, de creencias y aspectos socioantropológicos pertinentes; las acciones de la familia y de los diferentes niveles de gobierno han fallado y/o sencillamente son insuficientes y han sido orientadas inapropiadamente. Las preguntas obligadas son: ¿cuánto conocen los especialistas en neurología con respecto al contexto suicida y sus factores detonadores?, ¿cuántos de los pacientes depresivos y sus comorbilidades han sido cuestionados sobre si han cursado con ideación

suicida?, ¿conocen los fármacos que están contraindicados en pacientes con personalidad suicida?

EL CONTEXTO SUICIDA

Diana Cohen² señala: "el suicidio puede ser impulsado por motivos válidos: la vida humana puede ser desdichada, y la prolongación de la existencia indeseable. Nadie pone fin a una vida valiosa, sino sólo a una vida que se tornó una carga." En este sentido se establece la importancia de que todo suicidio sea considerado como un potencial homicidio hasta no demostrar lo contrario.

A ese respecto, Hilda Marchiori³ precisa: "ni los escenarios, ni los objetos con los que se ejecuta la propia muerte son casuales, el medio o método utilizado está en relación con las características del medio social y cultural; depende del espacio social-tiempo, de la edad del individuo, de su profesión"; es aquí donde se debe incluir de manera obligada el enfoque y la psicología criminológica no sólo del suicida en sí, sino además de la familia, así como de sus correspondientes entornos.

Es por ello que han fallado y seguirán en la ineficiencia los intentos de prevención suicida porque "el suicido debe ser considerado y estudiado con el

mismo rigor científico con el que se estudian las enfermedades.”⁴

El tiempo forma parte importante de este contexto, qué significado tiene elegir un día determinado para suicidarse, es decir, el día del nacimiento del suicida, la fecha de su graduación o en la que fallecieron sus seres queridos. “Decidir matarse el día en que se nació se puede interpretar de muchas formas, pero de ninguna manera es una decisión aleatoria. El cumpleaños es el día en que se festeja la vida; sin embargo, puede convertirse en el día que se decide regresar a la nada; el nacimiento es la apertura de la entrada al mundo y el suicidio el cierre del ciclo”.⁵

Encontrar fotografías en la escena o entre las ropas del suicida transmiten de forma indudable un mensaje directo a los deudos, como señala el antropólogo Nigel Barley: “la fotografía congela la vida y eterniza la vida; la fotografía es conciencia profunda del paso irremediable del tiempo en el cuerpo, pero cuando el sujeto ya no comparte más esa historia, las imágenes avivan la añoranza insoportable de quien ya no siente parte del grupo familiar.”⁶

El álbum familiar es el último espejo para despedirse, las fotos son otro medio, y el último, para expresarse; es también un discurso que evoca el tiempo pasado para recordar los buenos momentos cuando se era feliz.⁷

Para adentrarse en la realidad suicida y tratar de interpretar una de las innumerables y posibles causas que orillan a la persona a quitarse la vida, se debe analizar a detalle el mensaje póstumo, mismo que en aquellos lugares donde no se protocoliza a detalle una escena suicida, se pierde información valiosa. Información que puede conducir a conocer las múltiples experiencias de vida, unas agradables, algunas desagradables, otras por las que éste atravesó durante su vida. A ese respecto Payá afirma: “los mensajes que se incluyen en las cartas póstumas, permiten observar el conflicto que vive en esos momentos el grupo familiar; es imposible saber qué transformaciones provoca el suicidio dentro de la familia y en las personas cercanas a la víctima, principalmente en aquellos casos en que la muerte quiere incidir directamente en el rumbo de los sobrevivientes. El discurso del suicida tiene la finalidad de dejar un legado que adquiere la forma de un imperativo; otras veces la carta póstuma incrimina a otros del fatal suceso.”⁷

EL LENGUAJE SUICIDA

Al igual que el contexto suicida, el lenguaje en sus múltiples formas constituye parte importante de lo que

antecede al acto final, a ese respecto Carrillo Ibarra menciona: “los presuntos suicidas advierten de forma prematura y oportuna su concebido deseo de suicidarse, lo anterior a través de cambios en el patrón de sueño como insomnio o somnolencia exagerada, alteraciones conductuales tanto en el ámbito familiar, escolar y laboral, cambios bruscos de personalidad tales como tristeza, retraimiento, irritabilidad, ansiedad, apatía, además de cambios en sus hábitos nutricionales, ya sea como periodos de gula o anorexia, pérdida de interés en los amigos, familia y en sus actividades de recreo en las que participaba de forma cotidiana, preocupación desmedida por cuestiones económicas, temor a volverse loco, o temor a dañar a los demás, sentimientos recurrentes de culpabilidad alternados con periodos de odio y menosprecio hacia su propia persona, estados francamente depresivos, frases recurrentes de indiferencia a la vida con énfasis en la soledad; lo anterior lo explicita en sus conversaciones, lo escribe en sus cuadernos, o lo manifiesta abiertamente en las redes sociales.”⁸

LA IDEACIÓN SUICIDA

La ideación suicida es el indicador de mayor peso clínico que orienta al médico en general a intuir una conducta con alta predisposición al suicidio; significa que el paciente se encuentra en el umbral de vivir o morir y que sólo lo separa de ese horizonte encontrar el tiempo, lugar y el objeto.⁹

En el estudio realizado por Carrillo Ibarra y cols. en 438 universitarios, la frecuencia de la ideación suicida se encontró en un 22% (95 sujetos), demandando medidas urgentes de atención preventiva.¹⁰

FÁRMACOS CONTRAINDICADOS EN PACIENTES CON TENDENCIAS SUICIDAS

El uso indiscriminado de antidepresivos, así como su prescripción inapropiada y la suspensión brusca de los mismos se considera un factor de riesgo potencial del suicidio tanto en niños, adolescentes y adultos; sin embargo, los resultados de estudios americanos (FDA), canadienses y británicos no son concluyentes y sólo resaltan las precauciones que deben tenerse durante la prescripción de antidepresivos en pacientes con tendencias suicidas.¹¹⁻¹³

Los opioides han demostrado su incremento directo en la prevalencia del suicidio como lo muestra el estudio conducido por investigadores de *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health in Baltimore* y realizado en personas cuya causa de muerte fue el

suicidio. En 2006 se encontró en su organismo un 8.8% de sustancias opioides, mientras que en 2017 en pacientes que se suicidaron las sustancias opioides aumentaron su frecuencia a 17% en dichos suicidas, además de que los opioides son fármacos con efecto depresivo directo que ocasionan de 50 a 100% de los estados depresivos en los pacientes que los consumen de forma continua, generando con ello un efecto dependiente a las drogas, factor importante en la conducta suicida; su tercer efecto radica en la capacidad de producir un estado de desinhibición provocando con ello actos impulsivos y/o suicidas.¹⁴

Desde 2008, la FDA emitió un comunicado que establece de forma explícita la relación directa entre los fármacos antiepilépticos y en el incremento de la ideación suicida, los intentos suicidas, así como el suicidio consumado con un rango de aumento que va del 1.1 al 4.6% con respecto a la población general. Indudablemente, la relación entre el riesgo suicida y las comorbilidades psiquiátricas es compleja y variable, de tal forma que la identificación oportuna de un trastorno de personalidad y la indicación precisa y objetiva del tratamiento deben ser visualizadas objetivamente, incluyendo la prevención de riesgos.¹⁵

DISCUSIÓN

La ideación suicida es un indicio clínico de suma importancia que denota el interés del individuo por ejecutar el acto suicida. En el estudio de Carrillo Ibarra realizado en universitarios, se muestra un 22% de ideación suicida (media nacional 17%); por su parte, en el estudio realizado por Brown, Beck y cols., en 2005, se indica que la gran mayoría de la gente que intenta suicidarse o experimenta ideación suicida está deprimida y desesperada.

La gente que no es suicida tiende a temerle a la muerte y presenta una espiral acrecentadora de discrepancias en consideración a ella. En otras palabras, es un evento menos probable (Wetzel, 1975). Sin embargo, el modelo de Seliman y cols. relaciona el optimismo con el suicidio; de acuerdo con este modelo, la gente es optimista cuando atribuye causas temporales, específicas y externas a los eventos negativos de sus vidas: sin embargo, los pesimistas atribuyen las causas permanentes, generalizables e internas a los eventos de sus vidas.¹⁶

En la actualidad se reconoce que evaluar, manejar y tratar el suicidio en la práctica clínica es una de las tareas más desafiantes y estresantes para cualquier clínico, quien está obligado a buscar el enfoque de riesgo suicida a través de la detección oportuna de un

comportamiento suicida previo, ideas suicidas actuales, estresores precipitantes, síntomas conductuales asociados como la impulsividad o la falta de autocontrol (Rudd and Joiner and Rajab, 2000).¹⁶

Indudablemente, los autores coinciden en que la identificación oportuna y la adjudicación inmediata de conductas preventivas son las mejores herramientas que evitan pérdidas humanas.

Herramienta útil en la prevención de la consumación suicida (escala de Diógenes)¹⁷

¿Cómo utilizar la escala de Diógenes?

Una herramienta para prevenir el suicidio

La escala de Diógenes será la herramienta más importante para evitar que un familiar o amigo tuyo se suicide, es una escala inédita, diseñada por el autor del libro *Evite que otros se suiciden*¹⁷ para ayudarte a tomar decisiones concretas, encaminadas a decidir si tu familiar requiere solamente de tratamiento médico, o si es necesario internarlo en un centro especializado en enfermedades mentales.

Su llenado es sencillo; como podrás observar, dicha escala tiene cuatro columnas con 41 factores de riesgo que vas a evaluar en tu familiar, lo único que tienes que hacer es leer cada uno de los factores de la segunda columna y asignarle el valor numérico correspondiente que aparece en la columna denominada "puntaje", y posteriormente anotarlo en la cuarta columna nombrada "puntaje obtenido" por tu familiar.

Al final sumarás los puntos que ha obtenido tu familiar y esa suma total es la base que te servirá para tomar una decisión concreta de acuerdo con el riesgo que presenta tu familiar de suicidarse y que es el siguiente:

Si tu familiar obtuvo un puntaje inferior a 10 puntos, el riesgo de suicidio es leve y muy posiblemente con cambiar algunas conductas de familia y brindarle apoyo en sus decisiones, puede salir adelante y evitar así suicidarse. Pero si el puntaje obtenido es entre 11 y 18 puntos, el riesgo de suicidio es moderado, aquí existe la necesidad de que sea evaluado por un médico especializado en trastornos de conducta, quien prescribirá medicamentos específicos y apropiados para su estado depresivo.

Si el puntaje es superior a 18 puntos, se considera que el riesgo de suicidio es alto y que la severidad del caso demanda no sólo la atención especializada, sino que además se requiera de hospitalización en un centro especializado.

Cuadro I. Escala de Diógenes

Factor de riesgo	Puntaje	Puntaje obtenido por tu familiar
1. Sexo masculino	2	
2. Sexo femenino	1	
3. Edad menor de 30 años	3	
4. Edad mayor de 30 años	2	
5. Ideación suicida a cualquier edad	3	
6. Intento de suicidio a cualquier edad	3	
7. Haber sido violada o violado	3	
8. Antecedente de suicidio de uno de los padres o hermanos	3	
9. Antecedente de suicidio en tía, tío o sobrino	2	
10. Antecedente de suicidio de un amigo	1	
11. Ambos padres con enfermedad mental	3	
12. Uno de los padres con enfermedad mental	2	
13. Ambos padres sufren de depresión	2	
14. Uno de los padres sufre de depresión	1	
15. Menor de 15 años con padres divorciados	3	
16. Mayor de 15 años con padres divorciados	2	
17. Menor de 15 años con ambos padres fallecidos	3	
18. Relaciones amorosas frustradas en menores de 15 años, divorcio o terminación de relación de pareja	3	
19. Relaciones amorosas frustradas en mayores de 15 años	2	
20. Paciente con enfermedad mental	3	
21. Casarse antes de los 18 años	3	
22. Depresión frecuente sin tratamiento médico (diario está deprimido)	3	
23. Depresión frecuente con tratamiento (tres días de la semana está deprimido)	2	
24. Depresión aislada (por lo menos un día de la semana tiene datos leves de depresión)	1	
25. Divorcio sin hijos	3	
26. Divorcio con hijos	2	
27. Soltero sin hijos	1	
28. Portador de enfermedad grave	3	
29. Portador de enfermedad crónica no grave	2	
30. Se embriaga diariamente	3	
31. Se embriaga dos veces por semana	2	
32. Se embriaga una vez por semana	1	
33. Inhala drogas	3	
34. Se droga con medicamentos convencionales	3	
35. Utiliza cualquier tipo de drogas	3	
36. Jubilado sin pensión, soltero y sin hijos	3	
37. Jubilado con pensión, casado con hijos	2	

Continúa cuadro I. Escala de Diógenes

Factor de riesgo	Puntaje	Puntaje obtenido por tu familiar
38. Jubilado sin pensión, casado con hijos	2	
39. Desempleado soltero	3	
40. Desempleado casado sin hijos	3	
41. Desempleado casado con hijos	2	
42. Pérdida reciente de un ser querido	3	

La *escala de Diógenes* es un diseño inédito del autor del libro *Evite que otros se suiciden*, con la finalidad de que pueda ser usada por cualquier persona, sólo tiene que leer e ir sumando cada una de las condiciones que pudiera presentar su familiar. Si la persona evaluada obtiene un puntaje menor de 10 puntos su riesgo de suicidio es muy bajo o leve, pero si su puntaje obtenido es entre 11 y 18 puntos el riesgo es moderado, requiere de atención estrecha y tratamiento médico, y si es superior a 18 puntos el riesgo de suicidio es alto y amerita tanto tratamiento médico como internamiento psiquiátrico.¹⁷

En esta situación tu familiar no debe estar solo en ningún momento, se debe alejar todos los objetos posibles con los cuales pueda hacerse daño y acudir de forma inmediata con el médico.

CONCLUSIONES

Sin embargo, hay cuestiones relevantes ante las cuales el clínico debe prestar especial atención como: ¿está mi paciente ante un episodio de riesgo suicida?, ¿cuál es su nivel real de consumación suicida?, ¿cuánto dura?, ¿qué tan intenso o severo es dicho episodio suicida?, ¿cuál es la naturaleza o curso de la recuperación?, ¿está el proceso relacionado con episodios previos o es un evento primario?, ¿hay diferencia de riesgo de acuerdo con la tipología de cada paciente?, etcétera.

Tratar clínicamente y de forma por demás ética trastornos conductuales en general, no consiste solamente en prescribir antidepresivos, ansiolíticos o antipsicóticos, sino por el contrario, el clínico debe adentrarse en el proceso e identificar y prevenir de forma oportuna a individuos potencialmente proclives a suicidarse.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud (OMS). Documento informativo 31 de enero de 2018.
- Cohen-Agrest D. Estudio sobre prácticas suicidas. Por propia mano. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2007. Cap. III. pp. 79-107.
- Marchiori H. El suicidio. Enfoque criminológico. México: Porrúa; 2006. p. 39.
- Von Hentig H. Estudios de psicología criminal. El asesinato. Madrid: Espasa-Calpe; 1980. Vol II. pp. 118-122.

- Szasz T. Libertad fatal. Ética y política del suicidio. Barcelona: Paidós; 2002. p. 30.
- Barley N. Bailando sobre la tumba. Barcelona: Anagrama.
- Payá V. El don y la palabra. UNAM, 2012.
- Carrillo IJ. Evite que otros se suiciden. 3ª. ed. Universidad Autónoma de Coahuila. 2015.
- Lipari R, Piscopo K. Suicidal thoughts and behavior among adults: results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health. Substance Abuse and Mental Health Services Administration [Accessed: September 28, 2015] [Internet] <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FRR2-2014/NSDUH-FRR2-2014.pdf>. September 2015.
- Carrillo IJ y cols. Depresión, ideación suicida e insomnio en universitarios de Saltillo. Problemas relevantes de salud pública. Rev Mex Neuroci. 2010.
- Schneeweiss S, Patrick AR, Solomon DH, Mehta J, Dormuth C, Miller M et al. Variation in the risk of suicide attempts and completed suicides by antidepressant agent in adults: a propensity score-adjusted analysis of 9 years data. Arch Gen Psychiatry. 2010; 67 (5): 497-506.
- Simon GE, Savarino J, Operskalski B, Wang PS. Suicide risk during antidepressant treatment. Am J Psychiatry. 2006; 163 (1): 41-47.
- Rubino A, Roskell N et al. Risk of suicide during treatment with venlafaxine, citalopram, fluoxetine. Retrospective cohort study BMJ. 2007; 334 (7587): 242.
- Nestadt P et al. Opioid prevalence in suicide victims skyrockets. APA. Medscape 2018.
- Hesdorffer D et al. Epilepsy currents. 2010; 10 (6): 137-145.
- Ellis TE. Cognition and suicide: Theory, research, and therapy. 2006.
- Carrillo IJ. Evite que otros se suiciden. Capítulo XIII, Universidad Autónoma de Coahuila. ISBN 9786070090493. 2015, p. 76.

Correspondencia:

Dr. Jesús Carrillo Ibarra

Calle Ramos Arizpe Núm. 567,

25000 Zona centro, Saltillo, Coahuila

E-mail: jesus.carrilloibarra@yahoo.com.mx